



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación *in vitro* que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Marilyn ARELLANO AGURTO

ASESOR

Mirian Teresa SOLÍS ROJAS

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Arellano M. Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

494

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA ✓

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA ✓

29

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: ARELLANO AGURTO MARILYN ✓

Cuyo título es: **ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO EN USUARIAS DE FECUNDACIÓN IN VITRO QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA, 2017**

Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

May. Bueno

Dieciocho

18

DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCIA
C.O.P. 18161
PRESIDENTE

MG. NELLY MARÍA ESPERANZA BARRANTES CRUZ
C.O.P. 1832
MIEMBRO

LIC. MARY GUERRERO MIRANDA
C.O.P. 1644
MIEMBRO

DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS
C.O.P. 4183
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

MG. CLARA DIZE TOCCO
DIRECCIÓN
E.P. OBSTETRICIA

Lima, 20 de abril del 2018 ✓

AGRADECIMIENTOS

Las primeras palabras de agradecimiento están dirigidas a todas las gestantes que aceptaron amablemente colaborar en la realización de la presente tesis.

A mi familia, en especial a mis padres Raúl Arellano Mejía y Marcelina Agurto Penadillo, a quienes les debo la vida, les agradezco el amor, comprensión y apoyo constante durante todo este tiempo de estudios universitarios.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por brindarme la oportunidad de estudiar y ser una profesional competente.

A la Dra. Obst. Mirian Teresa Solís Rojas por aceptar la dirección de esta tesis, enriquecerla con sus amplios conocimientos y experiencia al igual que por su estímulo y paciencia.

Al Dr. Obst. Oscar Munares García por su inestimable orientación y ayuda en el manejo metodológico, por el tiempo dedicado a esta tesis y cuyo interés en la investigación me sirve de modelo.

Al Mag. Obst. Marcoantonio Rivera Félix, que me animó en el inicio de este proyecto, así como por toda la ilusión que en ella depositó.

A la Mag Obst Sandra Galindo Ludeña por el cariño y la paciencia con el que ha soportado mis intrusiones en su consultorio así como su colaboración facilitándome contactos para la realización de las encuestas y por motivarme en los momentos de mayor desesperación.

A mis compañeros y sobre todo amigos, Víctor Moquillaza Alcántara e Isabel Luque Cupi por sus orientaciones y ayuda en la realización de la base de datos y las pruebas estadísticas.

A mis amistades más cercanas por insistir en que acabara la tesis de una vez por todas, alentándome en todo momento.

Por último, quiero hacer especial mención a dos grupo de personas, mis 5 estrellitas y mis 7 infinitos; personas que a pesar de no estar presentes cerca físicamente, son mi fuente de equilibrio emocional, inspiración y ejemplo de valentía y fortaleza, alentándome así a alcanzar mis propios objetivos de vida. SHINee e INFINITE gracias por tanto.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a un ser humano excepcional, una gestante mediante fecundación in vitro a la cual conocí durante mis prácticas hospitalarias de pregrado. La situación de adversidad y dificultad a la que tuvo que hacer frente, generó en mí la inspiración y la curiosidad de comprender cómo era la adaptación a los cambios propios del embarazo en aquellas mujeres que realizaban tratamientos de fertilidad, tema al cual busco dar respuesta a través del presente estudio.

A ella, si la volviera a ver le diría: "Hiciste un buen trabajo hoy, trabajaste muy duro".

Kim Jong Hyun – ‘End of a day’, The Collection "Story Op.1" (2015).

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	23
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:	23
2.2 POBLACION DE ESTUDIO.....	23
2.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	24
2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS	25
2.5 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	27
2.6 CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
3. RESULTADOS.....	29
4. DISCUSIONES.....	45
5. CONCLUSIONES	51
6. RECOMENDACIONES	52
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
8. ANEXOS	64

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional con diseño descriptivo, y de corte transversal en 22 gestantes mediante fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima en el periodo de setiembre a diciembre de 2017, obtenida bajo el método del censo; en aquellas que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó una ficha de recolección de datos posteriormente un cuestionario de Autoevaluación Prenatal previamente adaptado y validado por criterio de juicio de expertos y prueba piloto. Para el análisis se elaboró una base de datos obteniendo estadísticas descriptivas.

RESULTADOS: De las gestantes evaluadas se obtuvo una media de la edad (41.07 ± 3.99 años mayor adaptación psicosocial y 39.88 ± 3.98 años deficiencia en la adaptación), estado civil casada (78.6% mayor adaptación psicosocial y 100% deficiencia en la adaptación), grado de instrucción superior completa (64.3% mayor adaptación psicosocial y 100% deficiencia en la adaptación). En los datos obstétricos gran parte presentó un tipo de embarazo único (92.9% mayor adaptación psicosocial y 75% deficiencia en la adaptación) y edad gestacional en el primer trimestre de embarazo (64.3% mayor adaptación psicosocial y 62.5% deficiencia en la adaptación). Respecto a los datos reproductivos el método anticonceptivo de mayor uso fue el oral combinado (14.3% mayor adaptación psicosocial y 50% deficiencia en la adaptación) y la presencia de síndrome de ovarios poliquísticos como antecedente patológico (7.1% mayor adaptación psicosocial y 12.5% deficiencia en la adaptación psicosocial). Se halló como principal causa de infertilidad la edad materna avanzada en el grupo con mayor adaptación (36.7)% y la edad materna avanzada asociada a reserva ovárica disminuida en el grupo con deficiencia en la adaptación (50%). La adaptación psicosocial al embarazo mediante el estudio de sus dimensiones encontró una mayor adaptación psicosocial en la dimensión aceptación del embarazo (95.45%) y una deficiente adaptación en las dimensiones preparación para el parto (72.73%) y relación con la pareja (72.73%).

CONCLUSIÓN: Las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima en el año 2017 presentaron una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo (63.6%).

PALABRAS CLAVES: adaptación psicosocial al embarazo, usuaria, fecundación in vitro.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the psychosocial adaptation to pregnancy in users of in vitro fertilization who attend a private clinic in Lima 2017.

MATERIAL AND METHODS: Observational study with descriptive design, and cross section in 22 pregnant women through in vitro fertilization who went to a private clinic in Lima in the period from September to December 2017, obtained under the census method; in those that met the selection criteria. A data collection form was subsequently applied to a Pre-natal Self-Assessment questionnaire previously adapted and validated by expert judgment criteria and pilot test. For the analysis, a database was developed obtaining descriptive statistics.

RESULTS: Of the pregnant women evaluated, an average age was obtained (41.07 ± 3.99 years greater psychosocial adaptation and 39.88 ± 3.98 years deficiency in adaptation), married marital status (78.6% greater psychosocial adaptation and 100% deficiency in adaptation), degree of complete higher education (64.3% greater psychosocial adaptation and 100% adaptation deficiency). In the obstetric data, a large part presented a single type of pregnancy (92.9% greater psychosocial adaptation and 75% deficiency in adaptation) and gestational age in the first trimester of pregnancy (64.3% greater psychosocial adaptation and 62.5% deficiency in adaptation). Regarding the reproductive data, the most commonly used contraceptive method was oral combination (14.3% greater psychosocial adaptation and 50% deficiency in adaptation) and the presence of polycystic ovarian syndrome as a pathological antecedent (7.1% greater psychosocial adaptation and 12.5% deficiency). in psychosocial adaptation). The main cause of infertility was the advanced maternal age in the group with the highest adaptation, 36.7% and the advanced maternal age associated with reduced ovarian reserve in the group with 50% adaptation deficiency. The psychosocial adaptation to pregnancy through the study of its dimensions found a greater psychosocial adaptation in the acceptance dimension of pregnancy (95.45%) and a poor adaptation in the dimensions of preparation for childbirth (72.73%) and relationship with the couple (72.73%).

CONCLUSION: The users of in vitro fertilization who attend a private clinic in Lima in 2017 showed a deficiency in the psychosocial adaptation to pregnancy (63.6%).

KEYWORDS: psychosocial adaptation to pregnancy, user, in vitro fertilization

1. INTRODUCCIÓN

Hasta hace poco, la esterilidad e infertilidad eran conceptos diferentes. No obstante, en la actualidad la Real Academia Española (RAE) ⁽¹⁾ los considera sinónimos y lo define como *"incapacidad del macho para fecundar e incapacidad de la hembra para concebir"*

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Comité Internacional para la Supervisión de las Técnicas de Reproducción Asistida (ICMART) en su nuevo glosario de Técnicas de Reproducción Asistida ⁽²⁾ reconoce la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo definida como "la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas".

A nivel mundial se estima que la infertilidad afecta de 8 a 12% de las parejas, más de 80 millones de personas en todo el mundo ⁽³⁾ En el Perú, existen limitaciones para conocer con precisión el número de parejas afectadas por infertilidad, lo cual genera que se formulen medidas correctivas como catalogarla dentro de las enfermedades no transmisibles ampliando su estudio con enfoque preventivo ⁽⁴⁾.

La etiología de la infertilidad puede deberse a causas femeninas, masculinas o, como se trata en la mayoría de los casos, de causas mixtas. En un 40% de parejas la causa de la infertilidad es relacionada a factores femeninos, en un 30% a factores masculinos, en 20% a ambos factores, y en un 10% de parejas a causa no identificada ⁽⁵⁾. En las mujeres se asocia con la edad promedio a la cual la mujer desea tener descendencia, trastornos ovulatorios, problemas uterinos, obstrucción en las trompas de Falopio, endometriosis, alteraciones hormonales, entre otras ⁽⁶⁻⁷⁾.

Mientras que las causas de infertilidad en los hombres suelen ser la edad, las infecciones genitourinarias, infecciones seminales, los trastornos de los espermatozoides, las anomalías del aparato genital, alteraciones hormonales, así como el uso de tabaco, alcohol, drogas, y algunos fármacos ⁽⁸⁾.

En los últimos años, es notoria la evolución que ha sufrido la tasa de fecundidad (número de hijos nacidos por cada mil mujeres en edad fértil). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES ⁽⁹⁾ 2016 la fecundidad en el país ha disminuido 3,8% respecto a la estimada a partir de la Encuesta 2012, que fue de 2,6 hijas e hijos por mujer para el período 2009-2012, siendo ahora de 2,5 hijas e hijos por mujer.

Los cambios sociales, culturales o económicos ayudan a explicar el retraso voluntario del plan reproductivo con una tendencia a postergar la maternidad hasta después de los 35 años de edad en las mujeres ^(10,11). En nuestro país, de acuerdo al ENDES ⁽⁹⁾ 2016 el porcentaje de mujeres actualmente unidas (casadas más convivientes) que desea tener una hija o hijo pronto es mayor entre las mujeres de 35 a 39 años de edad (14,9%); y menor entre las mujeres de 15 a 19 y de 45 a 49 años de edad (5,1% y 6,3% respectivamente).

Podemos enunciar factores subyacentes a la postergación del primer embarazo: “Por un lado, el fácil acceso a los métodos anticonceptivos así como el aumento del uso de técnicas abortivas y por otro, el incremento significativo de las mujeres al campo laboral, que a su vez condiciona la formalización de la familia mediante el matrimonio, cada vez más tarde; así como el aumento en paralelo del número de divorcios. Las parejas posponen el momento de la concepción hasta que sus ingresos económicos sean lo más estable posible, siendo este retraso coincidente con la disminución de la fertilidad de la mujer” ⁽¹²⁾.

Para comprender la magnitud que la infertilidad puede tener en la vida de las personas debemos partir del hecho de que la procreación y el tener un hijo poseen significados diferentes para cada uno de los miembros de una pareja, esto debido a los mandatos sociales diferenciales existentes en donde para los hombres tiende a tener un significado de masculinidad y hombría plena, para las mujeres es sinónimo de desarrollo de su rol materno y su vocación natural de madre. Son estos mandatos sociales los que constituyen una fuente de tensión y exigencia que ven solucionados con el logro del embarazo y el acceso a la parentalidad ⁽¹³⁾.

Si bien la infertilidad no ocasiona la muerte de los individuos, sí constituye un problema con importantes implicaciones en el ámbito social y psicológico. No es, por tanto, raro que encontremos que las personas con este problema presenten aislamiento social y personal, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja ⁽¹⁴⁾.

Las diferencias de género existentes entre hombres y mujeres hacen que cada uno responda de forma distinta ante las diversas situaciones a las que se ven enfrentados. Si a esto le agregamos que los tratamientos de reproducción incidirán físicamente más sobre la mujer, las diferencias de género en relación al estado de ánimo, la implicación con el tratamiento, los resultados de las pruebas de embarazo, etc. variarán significativamente ⁽¹⁵⁾. Según la mayoría de estudios realizados, son mayores los niveles de estrés, ansiedad y depresión en las mujeres que los experimentados y registrados por hombres ^(6, 16- 17).

“El individuo como agente activo dentro del ambiente que lo rodea pone en marcha distintos recursos y estrategias para enfrentar los problemas, llegando muchas veces a la resolución del conflicto y a la no aparición del trastorno” ⁽¹⁸⁾.

Si extrapolamos esta descripción al caso concreto de las personas con problemas de fertilidad, podemos deducir que buscaran alternativas que les permitan lograr su objetivo; el cual para la mayoría es el tener un hijo.

Por esto, ante la problemática de la infertilidad, una serie de técnicas han sido elaboradas, las denominadas Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA).- Conjunto de técnicas caracterizadas por la actuación directa sobre los gametos (óvulos y/o espermatozoides) con el propósito de favorecer la fecundación y la transferencia o depósito de embriones en la cavidad uterina ⁽¹⁵⁾. Aplicable no solo a las parejas que tienen un problema grave de fertilidad, sino también a las parejas consideradas subfértiles, es decir, aquellas con una probabilidad de embarazo disminuida, pero que podrían concebir sin tratamiento ⁽¹⁹⁾.

Las técnicas de reproducción asistida pueden ser de baja complejidad, representada por la Inseminación Artificial (IA); y, de alta complejidad caracterizada principalmente por la Fecundación extracorpórea o in vitro (FIV).

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL. (IA).- Intervención médica mediante la cual se introduce los espermatozoides en el aparato genital de la mujer, no a través del acto sexual normal, sino de manera artificial, a fin de producir la fecundación ⁽¹⁵⁾.

Existen dos tipos

- *Inseminación artificial con semen de la pareja (IAC):* Se realiza con el semen del cónyuge generalmente tras estimulación ovárica ⁽¹⁵⁾.
- *Inseminación artificial con semen de donante (IAD):* Se emplea espermatozoides procedentes de bancos de semen. Se puede asociar o no a tratamiento de estimulación ovárica ⁽¹⁵⁾.

FECUNDACIÓN EXTRACORPÓREA O IN VITRO (FIV).- Consiste en poner en contacto los gametos masculinos (espermatozoides) y los femeninos (óvulos) para que se combinen fuera del organismo de la mujer, en el laboratorio ⁽²¹⁾. En un inicio, se utilizó para tratar a las mujeres con trompas de Falopio bloqueadas, dañadas o ausentes. Hoy en día, la fecundación in vitro se utiliza para tratar muchas causas de infertilidad, como la endometriosis, causas masculinas, causas no identificadas, entre otras ⁽²⁰⁾. Es frecuentemente indicado cuando otras técnicas o medicaciones no han tenido éxito ⁽²¹⁾.

Existen dos modalidades:

- *Fecundación in vitro tradicional o convencional (FIV)*: El espermatozoide y el óvulo se ponen en contacto en condiciones ideales de laboratorio para facilitar la fecundación espontánea ⁽²¹⁾.
- *Microinyección espermática (ISCI)*: La fecundación se realiza microinyectando un espermatozoide en el interior de cada óvulo ⁽²¹⁾.

En ambas variantes se requiere un número considerable de ovocitos. Para su obtención se realiza un tratamiento hormonal apropiado para estimular el desarrollo de los folículos. Este crecimiento se sigue mediante control ecográfico hasta que se evidencie la presencia de folículos ovulatorios maduros, en esa situación se desencadena la ovulación ⁽²²⁾. En la actualidad se tiende a seguir protocolos de estimulación moderados con gonadotropinas que permiten ovocitos de mejor calidad y mejores probabilidades de implantación ⁽²³⁾.

En las dos modalidades, uno o más embriones pueden ser transferidos al útero de la mujer en fresco o tras una vitrificación (congelación) ⁽²¹⁾. De acuerdo a investigaciones realizadas la transferencia de embriones tras una vitrificación no parece afectar al resultado perinatal en comparación con la transferencia de embriones en fresco, siendo los resultados similares o, incluso mejores, en lo relacionado a crecimiento fetal ⁽²⁴⁾.

Además, se consideran mejores probabilidades de implantación y embarazo tras la vitrificación embrionaria y la posterior transferencia luego de al menos un ciclo de preparación del endometrio. Esto debido a la mejor calidad embrionaria e interacción embrión-endometrio ⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Los avances en las TRA, aún en países en vías de desarrollo como el nuestro, nos obligan a acercarnos al conocimiento de los resultados perinatales, puesto que el objetivo final es obtener un niño saludable.

Actualmente existe evidencia considerable de que los embarazos obtenidos por FIV presentan un incremento en el riesgo de resultados perinatales adversos, malformaciones congénitas y síndromes epigenéticos poco comunes en comparación con gestaciones espontáneas. Lo que no está tan claro es en qué situaciones, o si los problemas observados son el resultado del proceso de FIV en sí mismo o de los problemas de fertilidad inherentes a los progenitores ⁽²⁷⁻²⁸⁾. Para optimizar el manejo obstétrico se sugiere seguir protocolos según las implicancias de las TRA ⁽²⁹⁾.

Muchos de los resultados adversos conocidos de la FIV son atribuibles al embarazo múltiple. Relacionado a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal asociado a prematuridad y bajo peso en los nacidos, y el aumento de cesáreas y complicaciones en el embarazo tales como preeclampsia, diabetes gestacional, aborto, embarazo ectópico, sangrado vaginal, entre otros ⁽³⁰⁻³³⁾. A pesar de lo expuesto, existen otras investigaciones que plantean que, estas complicaciones no sólo son debido a embarazos múltiples, sino que también se presentan en gestaciones únicas mediante FIV ⁽³⁴⁻³⁶⁾. Así como en mujeres mayores de 35 años que realizan el procedimiento ⁽³⁷⁾. Pues son estas gestantes las que presentan una mayor incidencia de cesárea, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, anemia moderada/severa y preeclampsia ⁽³⁸⁾.

Ante los problemas que surgen durante la gestación y parto en los embarazos múltiples, y con el propósito de reducir su ocurrencia, los centros de fertilidad han ido reduciendo gradualmente el número de embriones transferidos en cada ciclo de FIV. Siendo una tendencia actual la transferencia electiva de un embrión (eSET) ⁽³⁹⁾.

La revisión bibliográfica muestra que la eSET se asocia con una disminución de la prematuridad y bajo peso en los nacidos comparada con la transferencia de dos embriones (DET) ^(40, 41)

La eSET se realiza en casos seleccionados, aquellos que tienen más probabilidad de embarazo ⁽³⁹⁾ o en mujeres con contraindicaciones médicas u obstétricas para un embarazo gemelar ⁽⁴²⁾. La elección en el número de embriones transferidos se basa principalmente en la edad de la paciente, el número de ovocitos recuperados, y la clasificación y morfología embrionaria en el día de la transferencia ⁽⁴³⁾.

Por otra parte, una alternativa al diagnóstico prenatal es el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) el cual es un examen genético utilizada como complemento de la FIV, cuyo propósito es seleccionar aquellos embriones libres de la alteración genética o cromosómica estudiada en cada caso ⁽⁴⁴⁾. Actualmente es uno de los exámenes más usados complementarios a la FIV ⁽⁴⁵⁾.

En consecuencia, la evidencia muestra que la combinación de protocolos de estimulación ovárica moderada, eficientes técnicas de vitrificación embrionaria y la transferencia electiva de un embrión pueden proveer las bases para establecer un modelo de atención amigable hacia el paciente y con menor riesgo de resultados perinatales adversos. Todo ello, con el fin de lograr un embarazo saludable ⁽⁴⁶⁾.

EL EMBARAZO.- Es un proceso complejo, en el que se movilizan una serie de cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicosocial, a pesar de que no esté relacionado de por sí a una condición patológica⁽⁴⁷⁾.

La gestante, como ser humano, es un ente biopsicosocial que puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final de este. Más aún si se trata del primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre⁽⁴⁸⁾. Además, durante el embarazo, la mujer revive sentimientos de la infancia de lo que representaba para ella ser hija, lo cual le servirá en el actuar con su futuro hijo; además existen acercamientos hacia la madre en busca de consejos sobre el futuro rol materno al que se verá enfrentada⁽⁴⁹⁾.

La maternidad es por tanto, un acontecimiento que se considera vital para la mujer y su pareja, puesto que pone en juego la estabilidad emocional de ambos y su capacidad para adaptarse a las nuevas exigencias que pueden tener un impacto importante sobre la salud percibida de las gestantes⁽⁵⁰⁾. Por lo cual, no es difícil pensar que todo este proceso de cambios pueda verse acrecentado en aquellas parejas que conciben mediante TRA.

Investigaciones señalan que la infertilidad y su tratamiento pueden producir un incremento de los niveles de ansiedad y depresión con alteraciones en la autoestima y las relaciones de pareja. Estos problemas pueden incrementarse con los fracasos y repeticiones del tratamiento y pueden persistir a lo largo de la gestación⁽⁵¹⁾ Sin embargo, cuando el resultado del tratamiento de reproducción asistida es exitoso, suele ser también difícil para muchas personas. El miedo a perder el embarazo o que éste no sea adecuado aparece frecuentemente como un estresor más para estas parejas⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Teniendo en cuenta que el tener un hijo supone un periodo de estrés y adaptación, resulta difícil diferenciar las consecuencias emocionales que se generan en las parejas que conciben mediante TRA y las que lo hacen de manera natural. Puesto que se han hecho pocos estudios en relación a las repercusiones emocionales de los procesos de reproducción asistida tras haber finalizado ⁽⁵²⁾. De los cuales se ha reportado que durante el segundo y tercer trimestre del embarazo se da un incremento en los niveles de ansiedad ⁽⁵⁴⁾.

De lo anterior, es posible notar que el diagnóstico de infertilidad y los tratamientos a los que se someten las mujeres para lograr la maternidad pueden intervenir de diversos modos en el proceso de adaptación al embarazo. Por este motivo y debido a la escasez de estudios al respecto se considera importante tratar sobre este tema. En tal sentido, identificaremos aspectos psicosociales del embarazo, comenzando por clarificar la noción de adaptación.

ADAPTACIÓN.- “Equilibrio entre las demandas de una situación y las capacidades de las personas para responder a tales demandas. Influenciada por características de la enfermedad, factores del contexto (estructura económica y características socioculturales) factores interpersonales (apoyo social, exposición al estrés y recursos económicos) y factores intrapersonales (enfrentamiento, creencias de control, rasgos de personalidad y salud física)” ⁽⁵⁵⁾.

ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA.- Capacidad intelectual y emocional de hacer frente a las demandas del entorno. Las emociones están relacionadas a la adaptación ante situaciones de amenaza para el equilibrio del organismo ⁽⁵⁶⁾.

ADAPTACIÓN SOCIAL.- Es la interacción entre el entorno y el individuo. La idea de la interacción es consistente en el concepto de adaptación en base a que hay que adaptarse a algo y que ese algo debe tener unas condiciones mínimas que permita dicha adaptación ⁽⁵⁷⁾.

El modelo de Lederman ⁽⁵⁸⁾ (1996) considera al embarazo como un periodo de transición denominándola adaptación psicosocial al embarazo.

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO.- Proceso que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto, debido a los cambios en sus necesidades y prioridades, debido al futuro rol de madre ⁽⁵⁸⁾.

Lederman propone 7 dimensiones las cuales pueden afectar la adaptación de la mujer hacia su embarazo, estas son: aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, calidad de la relación con la madre, calidad de la relación con la pareja, preparación para el parto, miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé.

La primera dimensión: **aceptación del embarazo**, relacionada a los cambios propios del embarazo. Es común que las gestantes presenten optimismo y al mismo tiempo dudas, las respuestas anticipadas de alegría suelen darse en aquellas mujeres que han deseado lograr un embarazo, sin embargo existe a la vez preocupación por complicaciones en el desarrollo del embarazo y parto. ⁽⁵⁸⁾

En la segunda dimensión: **identificación con el rol materno**, se basa en la percepción de pasar a ser una mujer sin hijo a una con hijo, reconociendo al futuro hijo como otra persona dependiente íntegramente de ella. Algunas mujeres no internalizan el vínculo materno hasta que repentinamente se enfrentan al nuevo rol y, como resultado, se generan conflictos emocionales. ⁽⁵⁸⁾

La tercera dimensión: **calidad de la relación con la madre**, es un factor importante para la adaptación al embarazo y maternidad. Una mujer que por primera vez se embaraza, busca la aceptación de su madre para con el futuro nieto. Así como el respeto de su autonomía como madre y la disposición para recordar las experiencias de relación y crianza del bebé. ⁽⁵⁸⁾

La cuarta dimensión: **calidad de la relación con la pareja**, incluye la preocupación de la mujer no sólo con su futuro rol de madre, sino también con el de su pareja. Así como, el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre.⁽⁵⁸⁾

La quinta dimensión: **preparación para el parto**, caracterizada por los aprendizajes y preparaciones para el evento del parto, a través de varios medios, como acudiendo a clases, leyendo libros y uniéndose a grupos con otras embarazadas. Todo con el propósito de resolver sus conflictos respecto al desenlace final del embarazo.⁽⁵⁸⁾

En la sexta dimensión: **miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto**, la mujer gestante a pesar de saber que no tiene control sobre su cuerpo y las emociones, debe tomar cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite. Está relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo.⁽⁵⁸⁾

La séptima dimensión: **la preocupación por el bienestar propio y del bebé**, inicia desde que la mujer se sabe embarazada hasta el nacimiento y posparto. La mujer teme por el bienestar del bebé y la de ella misma durante el embarazo o el parto.⁽⁵⁸⁾

En resumen, la maternidad es un proceso de transición psicosocial en donde si los mecanismos de adaptación al embarazo son deficientes, puede manifestarse pérdida de control sobre las emociones. Entendiendo que las emociones están relacionadas con la adaptación personal y social ante situaciones que suponen una importante amenaza para el equilibrio del organismo⁽⁵⁶⁾ desempeñando un papel adaptativo o desadaptativo.

Por lo tanto, a partir de lo hallado por Lederman, se da inicio a una forma distinta de estudiar a la mujer gestante. Así pues, entre los estudios revisados presentamos los siguientes:

Armengol R, Chamarro A y García M ⁽⁵⁹⁾ (2007) en España realizaron un estudio para adaptar y validar el instrumento creado por Lederman, en donde efectuaron un ajuste al número de ítems, reduciendo las dimensiones antes planteadas a seis, eliminando la dimensión de miedo al dolor y a la pérdida del control durante el parto.

Lin C y Chou F ⁽⁶⁴⁾ (2008) en China realizaron un trabajo titulado “[A comparison of maternal psychosocial adaptation among pregnant women with different gravidity]” donde se evidenciaron diferencias significativas entre los dos grupos de la muestra en términos de preocupación por el bienestar propio y del bebé, preparación para el parto, y miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto. Según el estudio, las primigestas tuvieron una adaptación psicosocial al embarazo más débil que las multigestas.

Ontiveros M y López J ⁽⁶³⁾ (2010) en México llevaron a cabo un estudio titulado “Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico” el cual encontró relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y ansiedad estado ($r_s = .56, p < .01$) correlación en la ansiedad con ingreso económico ($r_s = -.20, p < .01$) y escolaridad ($r_s = -.25, p < .01$) La adaptación psicosocial mostró asociación con edad ($r_s = -.14, p < .05$), ingreso económico ($r_s = -.267, p < .01$) y escolaridad ($r_s = -.252, p < .01$) Según el estudio, las primigestas con mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo.

Yasuka N, Toyoko Y, Fumi A ⁽⁶¹⁾ (2011) en Japón realizaron un trabajo titulado “Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan” donde los resultados mostraron que las mujeres hospitalizadas por parto pretérmino se sentían menos adaptadas en relación a la aceptación del embarazo y la preparación para el parto y más adaptadas respecto a la relación con la pareja y la identificación con el rol materno, esto en comparación con mujeres gestantes de bajo riesgo.

Garrido M y Marchán M ⁽⁶²⁾ (2011) en Trujillo-Perú realizaron un investigación titulada “Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según su grupo de convivencia” donde al evaluar la adopción del rol materno se encontró que la presencia de la familia de origen y de la pareja de la madre adolescente eran factores positivos para que dicho rol se dé de forma positiva.

Millares G ⁽⁴⁹⁾ (2017) en Toluca-México elabora una tesis titulada “Relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar NO. 64 Tequesquihuac”, en el cual se observa que existe relación estadísticamente significativa entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo; donde las mujeres gestantes con tipologías nucleares (nuclear y nuclear simple) presentan mayor adaptación psicosocial al embarazo que las de tipología familiar monoparental.

Casanueva N ⁽⁶⁰⁾ (2017) en España realiza una tesis titulada “Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia. Un programa de intervención” en donde se concluye que las gestantes adolescentes que consideren un buen momento de quedar embarazada, que afronten fácilmente las molestias del embarazo, que tengan buen nivel de comunicación y apoyo de la pareja se relacionará positivamente y predecirá mayor adaptación al embarazo.

Los estudios previamente mencionados muestran que los aspectos que conforman la adaptación psicosocial al embarazo son aplicables a cualquier contexto cultural y poblacional. A pesar de ello, existen numerosos escenarios en los que aún no se han realizado estudios relacionados a adaptación psicosocial al embarazo. Un ejemplo de esto es la maternidad posterior a la historia de infertilidad y al uso procedimientos como la fecundación in vitro.

Uno de los pocos estudios al respecto es la investigación de Lepecka-Klusek C y Jakiel G ⁽⁶⁵⁾ (2009) en Lublin-Polonia titulado “The socio-economic conditioning of difficulties in adaptation to pregnancy following assisted reproductive techniques” quienes hallaron que las mujeres jóvenes (menores de 30 años) que concibieron mediante técnicas de reproducción asistida, vivían en áreas rurales, tenían mejor nivel educativo y mejores condiciones socio-económicas; son las que tenían mayor dificultad para adaptarse a su embarazo.

Aunque el estudio mencionado se considere una aproximación, todavía existe poca evidencia y aún pocos estudios que profundicen en los aspectos psicosociales del embarazo en mujeres que realizan técnicas de reproducción asistida. En ese sentido, siendo la obstetricia una profesión enfocada en la salud sexual y reproductiva de la mujer, y forma parte del equipo de salud que brinda atención a este particular grupo de gestantes, que por sus características requiere un enfoque distinto en su atención integral.

Por lo mencionado y debido a la escasez de estudios en el contexto peruano nos planteamos el siguiente problema ¿Cómo es la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017?

Definición de términos:

Usuario, ria: Que usa algo ⁽⁶⁶⁾.

Clínica privada: Agentes prestadores de salud que realizan actividades de manera particular, a través de empresas prestadoras de salud, compañías de seguros, autoseguros o planes de medicina prepagadas ⁽⁶⁷⁾.

Riesgo obstétrico: Características propias de una gestante que permiten predecir los problemas futuros a los que se encuentra expuesta y, en consecuencia, decidir el plan de cuidados a utilizar ⁽⁶⁸⁾.

Parental: Que se refiere a uno o a ambos progenitores ⁽⁶⁹⁾.

Gameto: Cada una de las células sexuales, masculina y femenina, que al unirse forman el huevo de las plantas y de los animales ⁽⁷⁰⁾.

Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar la aceptación del embarazo en gestantes mediante fecundación in vitro.
- Establecer el rol materno en gestantes mediante fecundación in vitro.
- Describir la relación con la madre en gestantes mediante fecundación in vitro
- Señalar la relación con la pareja en gestantes mediante fecundación in vitro
- Reconocer la preparación para el parto en gestantes mediante fecundación in vitro
- Identificar la preocupación por el bienestar propio y del bebé en gestantes mediante fecundación in vitro.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estuvo conformada por 22 gestantes mediante fecundación in vitro que acuden a la clínica privada “Concebir” en el periodo de setiembre a diciembre de 2017; recolectando la información bajo el método del censo a todas aquellas que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

- **Criterios de selección**
- **Criterios de Inclusión:**
 - Gestantes con indicación de tratamiento de reproducción asistida.
 - Gestantes que hayan concebido por fecundación in vitro sin importar el número de intentos.
 - Gestantes actualmente unidas (casadas o convivientes).
 - Gestantes con madre o una mujer que sustituya el rol maternal (abuela, tía u otras).
 - Gestantes que firmen el consentimiento informado.
- **Criterios de Exclusión:**
 - Gestantes con alguna alteración psicológica previa evidente.
 - Gestantes con alguna enfermedad intercurrente que impida la recolección de los datos

2.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente:

- ✓ ***Adaptación psicosocial al embarazo.-*** Equilibrio entre las demandas psicológicas y sociales; y la capacidad de la mujer para responder a tales demandas.

Variables intervinientes:

- ✓ ***Datos sociodemográficos.-*** Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, idiomas, lugar de nacimiento, lugar de procedencia.
- ✓ ***Datos obstétricos.-*** Se consideran: fórmula obstétrica, fecha de última menstruación, edad gestacional, número de abortos espontáneos, número de abortos provocados, cesáreas anteriores, antecedentes obstétricos familiares patológicos, antecedentes obstétricos personales patológicos.
- ✓ ***Datos reproductivos.-*** Son aquellos datos de su vida reproductiva que pueden tener relación con la infertilidad, se consideran: menarquia, inicio de relaciones sexuales, régimen catamenial, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, tipo de anticonceptivo empleado y patologías ginecológicas.
- ✓ ***Datos de la pareja.-*** Edad, ocupación y patologías previas.
- ✓ ***Datos de la fertilidad.-*** Son aquellos datos que permiten realizar un manejo apropiado de la pareja con problemas de fertilidad, se consideran: antecedentes de familiar con infertilidad, causa de la infertilidad, tiempo de intento de concepción natural, tiempo de intento de concepción asistida, número de intentos previos al embarazo, técnicas previas empleadas, fecha de única/última intervención, técnica única/última empleada y monto aproximado de la única/última intervención.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Técnica:

Análisis de contenido fuente secundaria (Historia clínica).

Encuesta (a través de un cuestionario).

Se emplearon 2 tipos de Instrumento:

- Ficha de Recolección de Datos: el registro de Datos está estructurado de la siguiente manera: 5 partes las cuales permitieron obtener información de datos sociodemográficos (parte I), datos obstétricos (parte II), datos reproductivos (parte III), datos de la pareja (parte IV) y datos de la fertilidad (parte V).

Se trabajó con una ficha de recolección de datos, por tanto no existió la necesidad de validar y confiabilizar el instrumento, ya que la información fue recopilada de fuentes secundarias, es decir de las historias clínicas.

- Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (Adaptado): cuestionario previamente adaptado y validado por la autora de la investigación; teniendo como base al cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Armengol et al⁵⁶, una versión traducida al español, inicialmente adaptada y validada del cuestionario PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) de Lederman⁵¹.

El cuestionario aplicado en el estudio mide las respuestas de adaptación a los cambios evolutivos del embarazo, a través de 6 dimensiones psicosociales: *la aceptación al embarazo* que abarca los ítems 1,2,27 y 29; el *rol maternal* los ítems 33, 34, 35 y 36, la *relación con la madre* los ítems 5,8, 9, 12, 15 ,19, 24, 28 y 30; la *relación con la pareja* los ítems 3,4,10,13, 16, 17, 23 y 32; la *preparación al parto* los ítems 11, 20, 22 y 25; y la *preocupación por el bienestar propio y del bebe* los ítems 6, 7, 14,18,21, 26 y 31. Para su medición, todos los ítems se valoran con la escala de Lickert con cuatro opciones de respuesta que van de 1 a 4 puntos con adjetivos que oscilan de mucho a nunca, donde 1 corresponde a mucho, 2 con frecuencia, 3 a veces y 4 a nunca.

El cuestionario contiene 10 reactivos con frases en los cuales se invierte la puntuación, por sugerencia de la autora original debido a que es preciso que todas las puntuaciones en los ítems estén en la misma dirección. Los ítems a invertir son el 6, 7, 14, 18, 19, 21, 26, 27, 30 y 31; es decir, si el sujeto de estudio ha contestado un 4 se le cambia la puntuación 1, si ha contestado 3 se le cambia a 2, si ha contestado un 1 se le cambia la puntuación a 4 y si ha contestado un 2 se le cambia a 3. Finalmente se suma la puntuación de todos los ítems y se obtiene una puntuación global del cuestionario.

Se realizó una prueba piloto para la validación del instrumento la cual brindó información sobre si la redacción del cuestionario era clara para todas las participantes y si todas interpretaban las preguntas de la misma manera, también brindó información sobre el tiempo de llenado que fue de un aproximado de 20 minutos. Se realizó la prueba piloto con 10 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal previa coordinación con el personal de obstetricia que se encontraba brindando atención en el momento.

En base a la prueba piloto se determinó una puntuación mínima de 36 puntos y una máxima de 144. Tomándose como media una calificación de 67.

- 36 a 67 puntos: mayor adaptación psicosocial
- 68 a 144 puntos: deficiencia en la adaptación psicosocial

Además, el instrumento fue sometido a una validación por juicio de expertos conformado por profesionales de la salud expertos en el tema; una médica gineco-obstetra, 3 obstetras y una psicóloga, ellas evaluaron las afirmaciones, emitiendo sus opiniones y sugerencias (Anexo IV). Posteriormente se midió la confiabilidad del instrumento a través de la prueba piloto realizada en 10 gestantes pertenecientes al Instituto Nacional Materno Perinatal, obteniendo un coeficiente de alfa de cronbach de 0.87 para el cuestionario en su totalidad. (Anexo V).

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se solicitó el permiso a las autoridades pertinentes a la clínica privada “Concebir” para proceder con la recolección de la información, seguidamente se contactó con las obstetras a cargo del área de asesoría reproductiva.

El proyecto de investigación fu revisado por el comité de ética de la clínica privada “Concebir” recibiendo su aprobación.

A las participantes del estudio se les solicitó su participación voluntaria, se leyeron las consideraciones éticas y se expresó la confidencialidad en el manejo de la información. Se brindó información sobre los objetivos del estudio y se les entregó el consentimiento informado para su aprobación y firma.

Los datos se digitaron en Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos, mediante el programa SPSS versión 23.0, previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la operacionalización de las variables y objetivos del estudio.

Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Finalmente se analizó e interpretó los datos, contrastando con el marco teórico y otros trabajos de investigación similares.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Principio de autonomía: Se respetó el derecho a elegir participar del estudio brindando la información de forma clara y concreta, ofreciendo absoluta confidencialidad de los datos. Se procedió a la solicitud de la firma del consentimiento informado.

Principio de no maleficencia: Debido a que el estudio es de tipo observacional, el instrumento a ser aplicado no infringe un daño a las participantes.

Principio de beneficencia: Detectar el grado de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que conciben mediante fecundación in vitro permitirá brindar una atención oportuna con la finalidad de prevenir desajustes emocionales durante el embarazo.

Principio de justicia: Se seleccionó a las participantes de forma equitativa e imparcial, sin realizar distinciones ni preferencias.

Consentimiento informado

Al inicio de cada aplicación del instrumento se dio a conocer el consentimiento informado a las participantes, donde se describe el título de la investigación, su objetivo, la importancia de la participación y sobretodo la protección y privacidad de sus datos personales. (Anexo II).

3. RESULTADOS

El estudio comprendió 22 participantes que acuden a una clínica privada de Lima para realizarse una fecundación in vitro. Los resultados obtenidos se muestran en dos grupos, aquellas gestantes que presentaron una mayor adaptación psicosocial y las que presentaron una deficiencia en la adaptación psicosocial.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Datos sociodemográficos	Mayor adaptación psicosocial		Deficiencia en la adaptación psicosocial		Total	
Edad (Media ; D.S)	(41.07 ; 3.99)		(39.88 ; 3.98)		(40.64 ; 3.94)	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil						
Casada	11	78.6	8	100	19	86.4
Conviviente	3	21.4	0	0	3	13.6
Total					22	100
Grado de instrucción						
Secundaria completa	3	21.4	0	0	3	13.6
Superior incompleta	2	14.3	0	0	2	9.1
Superior completa	9	64.3	8	100	17	77.3
Total					22	100
Ocupación						
Comerciante	1	7.1	0	0	1	4.5
Ama de casa	2	14.3	1	12.5	3	13.6
Otros	11	78.6	7	87.5	18	81.8
Total					22	100
Religión						
Católica	13	92.9	7	87.5	20	90.9
Cristiana	1	7.1	0	0	1	4.5
Ninguno	0	0	1	12.5	1	4.5
Total					22	100
Idioma						
Español	10	71.4	6	75	16	72.73
Español e Inglés	4	28.6	2	25	6	27.27
Total					22	100
Lugar de Nacimiento						
Lima	9	64.3	5	62.5	14	63.6
Arequipa	1	7.1	0	0	1	4.5
Cajamarca	1	7.1	0	0	1	4.5
Otros	2	14.3	1	12.5	3	13.63
Chile	1	7.1	2	25	3	13.63
Total					22	100
Lugar de procedencia						
Lima	2	14.3	1	12.5	3	13.6
San Isidro	2	14.3	1	12.5	3	13.6
Santiago de Chile	1	7.1	2	25	3	13.6
La Molina	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Otros	8	57.1	3	37.5	11	50
Total					22	100

Al evaluar los datos sociodemográficos vemos que la edad media de las gestantes que presentaron mayor adaptación psicosocial fue 41.07 ± 3.99 años y las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial fue 39.88 ± 3.98 años. El estado civil de casadas representó un porcentaje mayor en ambos grupos tanto para las de mayor adaptación psicosocial y deficiencia en la adaptación psicosocial 78.6% y 100% respectivamente. Con respecto al grado de instrucción, predomina la de nivel superior completa tanto en las de mayor adaptación psicosocial 64.3% y deficiencia en la adaptación psicosocial 100%. La ocupación categorizada como otros fue 78.6% en las gestantes con mayor adaptación psicosocial y 87.5% en gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial. La religión que en su mayoría profesan fue la católica: mayor adaptación psicosocial 92,9%, deficiencia en la adaptación psicosocial 87.5%. Gran parte de gestantes dominan el español, mayor adaptación psicosocial 71.4% y deficiencia en la adaptación psicosocial 75%; además hablan el inglés, 28.6% mayor adaptación psicosocial y 25% deficiencia en la adaptación psicosocial. La mayoría presentó como lugar de nacimiento Lima, tanto en el grupo de mayor adaptación psicosocial 64.3% como en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial 62.5%. Los lugares de procedencia de mayor proporción fueron Lima y San Isidro para las gestantes de mayor adaptación psicosocial en 14.3% en ambos casos y Santiago de Chile para las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial en un 25%.

Tabla 2. Datos obstétricos de las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Datos obstétricos	Mayor adaptación psicosocial		Deficiencia en la adaptación psicosocial		Total	
Fórmula obstétrica						
Gesta (Media ; D.S)	(2.14 ; 0.96)		(2.13 ; 0.99)		(2.05 ; 0.95)	
Recién nacidos a término (Media ; D.S)	(0.57 ; 3.94)		(0.63 ; 0.52)		(0.59 ; 0.79)	
Recién nacidos prematuros (Media ; D.S)	(0.00 ; 0.00)		(0.00 ; 0.00)		(0.00 ; 0.00)	
Número de abortos (Media ; D.S)	(0.43 ; 0.76)		(0.50 ; 0.93)		(0.50 ; 0.81)	
Número de hijos vivos (Media ; D.S)	(0.50 ; 0.76)		(0.50 ; 0.53)		(0.50 ; 0.67)	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de embarazo						
Único	13	92.9	6	75	19	86.4
Múltiple	1	7.1	2	25	3	13.6
Total					22	100
Edad gestacional						
(Media ; D.S)	(14.29 ; 7.59)		(15.75 ; 10.39)		(15.27 ;8.47)	
	n	%	n	%	n	%
I Trimestre (0 -14 ss)	9	64.3	5	62.5	14	63.6
II Trimestre (15-28 ss)	4	28.6	2	25	6	27.3
III Trimestre (29-41 ss)	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Total					22	100
Abortos espontáneos						
Ninguno	10	71.4	6	75	16	72.7
1 aborto	3	21.4	1	12.5	4	18.2
2 abortos	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Total					22	100
Abortos provocados						
Ninguno	12	85.7	7	87.5	19	86.4
1 aborto	2	14.3	1	12.5	3	13.6
Total					22	100
Cesáreas anteriores						
Ninguna	9	64.3	5	62.5	14	63.6
1 cesárea	3	21.4	3	37.5	6	27.3
2 cesáreas	1	7.1	0	0	1	4.5
3 cesáreas	1	7.1	0	0	1	4.5
Total					22	100
Antecedentes obstétricos familiares						
Ninguno	13	92.9	7	87.5	20	90.9
Preeclampsia	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Total					22	100
Antecedentes obstétricos personales						
Ninguno	12	85.7	8	100	20	90.9
Placenta previa	1	7.1	0	0	1	4.5
Preeclampsia	1	7.1	0	0	1	4.5
Total					22	100

En la tabla notamos que el total de gestaciones tuvo una media de 2.14 ± 0.96 en las gestantes con mayor adaptación psicosocial y una media de 2.13 ± 0.99 en las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial. El número de recién nacidos a término fue 0.57 ± 3.94 en las que presentaron mayor adaptación psicosocial y 0.63 ± 0.52 las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial. La media de abortos fue de 0.43 ± 0.76 para las de mayor adaptación psicosocial y 0.5 ± 0.93 para las que tuvieron deficiencia en la adaptación psicosocial. El número de hijos vivos fue de 0.5 ± 0.76 para el grupo de mayor adaptación psicosocial y 0.5 ± 0.53 en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial. Tanto las gestantes con mayor adaptación psicosocial 92.9% como las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial 75% presentaron un tipo de embarazo único. La edad gestacional media fue 14.29 ± 7.59 semanas para las que presentaron mayor adaptación psicosocial y 15.75 ± 10.39 semanas las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial; siendo predominante en ambos grupos el primer trimestre de embarazo (64.3% mayor adaptación psicosocial y 62.5% deficiencia en la adaptación psicosocial). El 85.7% de las gestantes que presentaron mayor adaptación psicosocial y 65.5% de las gestantes que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial no tienen antecedente de aborto espontáneo; así mismo no presentaron antecedente de aborto provocado (85.7% mayor adaptación psicosocial y 87.5% deficiencia en la adaptación psicosocial). Dentro de las cesáreas, 64.3% del grupo con mayor adaptación psicosocial y 62.5% del grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial nunca se realizaron una, seguida de un 21.4% de las que presentaron mayor adaptación psicosocial y 37.5% de las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial que si se realizaron 1 cesárea. Los antecedentes obstétricos familiares mostraron que 7.1% de las gestantes con mayor adaptación psicosocial y 12.5% de las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial tuvieron familiar con preeclampsia, en tanto, los antecedentes obstétricos personales prevalentes fueron placenta previa 7.1% y preeclampsia 7.1% ambos en las de mayor adaptación psicosocial.

Tabla 3. Datos reproductivos de las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Datos reproductivos	Mayor adaptación psicosocial		Deficiencia en la adaptación psicosocial		Total	
Menarquía (Media ; D.S)	(11.21 ; 1.58)		(12.25 ; 1.49)		(11.59 ; 1.59)	
Edad de inicio de las relaciones sexuales (Media ; D.S)	(18.86 ; 5.53)		(18.25 ; 3.24)		(18.64 ; 4.75)	
Parejas sexuales (Media ; D.S)	(2.86 ; 1.35)		(2.63 ; 0.91)		(2.77 ; 1.19)	
	n	%	n	%	n	%
Uso de métodos anticonceptivos						
No	10	71.4	4	50	14	63.6
Si	4	28.6	4	50	8	36.4
Total					22	100
Métodos utilizados						
No utiliza	10	71.4	4	50	14	63.6
Oral combinado	2	14.3	4	50	6	27.3
DIU	1	7.1	0	0	1	4.5
Injectables	1	7.1	0	0	1	4.5
Total					22	100
Patología ginecológica						
Ninguna	13	92.9	7	87.5	20	90.9
Síndrome de ovarios poliquísticos	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Total					22	100

En la tabla se observa que la edad media de la menarquía de las gestantes que presentaron mayor adaptación psicosocial fue 11.21 ± 1.58 años y las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial fue 12.25 ± 1.49 y la edad de inicio de las relaciones sexuales en el grupo con mayor adaptación psicosocial fue 18.86 ± 5.53 años y el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial fue 18.25 ± 3.24 años. Respecto al número de parejas sexuales, la media de las que presentaron mayor adaptación psicosocial fue 2.86 ± 1.35 y de las que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial fue 2.63 ± 0.91 . El 84.1% del grupo con mayor adaptación psicosocial y 82.3% del grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial refirió no haber utilizado métodos anticonceptivos, y de los métodos anticonceptivos utilizados el oral combinado fue el más elegido (14.3% mayor adaptación psicosocial y 50% deficiencia en la adaptación psicosocial). Se encontró la presencia de síndrome de ovarios poliquísticos tanto en el grupo de mayor adaptación psicosocial 7.1% como en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial 12.5%.

Tabla 4. Datos de la pareja de las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Datos de la pareja	Mayor adaptación psicosocial		Deficiencia en la adaptación psicosocial		Total	
Edad de la pareja (Media ; D.S)	(46.57 ; 10.70)		(40.75 ; 3.37)		(44.45 ; 9.11)	
	n	%	n	%	n	%
Ocupación						
Trabajo permanente	14	100	8	100	22	100
Patología previas						
Ninguna	13	92.9	7	87.5	20	100
Bajo recuento de espermatozoides	1	7.1	0	0	1	4.5
Diverticulosis	0	0	1	12.5	1	4.5
Total					22	100

La edad media de la pareja de las gestantes que presentaron mayor adaptación psicosocial fue 46.57 ± 10.70 años y de la pareja de las gestantes que presentaron deficiencia en la adaptación psicosocial fue 40.75 ± 3.37 años, teniendo en su totalidad ambos grupos como ocupación un trabajo permanente. El 92.9% de la pareja del grupo con mayor adaptación psicosocial y el 87.5% del grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial no tuvo alguna patología previa, mientras que 7.1% de la pareja del grupo con mayor adaptación psicosocial presentó bajo recuento de espermatozoides.

Tabla 5. Datos de la fertilidad de las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Datos de la fertilidad	Mayor adaptación psicosocial		Deficiencia en la adaptación psicosocial		Total	
	n	%	n	%	n	%
Antecedentes familiares de infertilidad						
Ninguno	11	78.6	8	100	19	86.4
Reserva ovárica disminuida	3	21.4	0	0	3	13.6
Total					22	100
Causa de la infertilidad						
Edad materna avanzada y reserva ovárica disminuida	4	28.6	4	50	8	36.36
Edad materna avanzada	5	35.7	0	0	5	22.7
Edad materna avanzada y síndrome de ovarios poliquísticos	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Edad materna avanzada, reserva ovárica disminuida y alo autoinmune	0	0	1	12.5	1	4.5
Edad materna avanzada y bajo recuento de espermatozoides	1	7.1	0	0	1	4.5
Edad materna avanzada y bloqueo tubárico bilateral	1	7.1	0	0	1	4.5
Edad materna avanzada y menopausia prematura	1	7.1	0	0	1	4.5
Edad materna avanzada y obstrucción en las trompas de Falopio	1	7.1	0	0	1	4.5
Edad materna avanzada y problemas uterinos	0	0	1	12.5	1	4.5
Edad materna avanzada y reserva ovárica ausente	0	0	1	12.5	1	4.5
Total					22	100
Tiempo de intento de concepción natural (años) (Media ; D.S)	(4.64 ; 5.57)		(2.75 ; 1.75)		(3.95 ; 4.59)	
Tiempo de intento de concepción asistida (años) (Media ; D.S)	(2.42 ; 1.87)		(2.13 ; 1.36)		(2.32 ; 1.67)	
Número de intentos previos (Media ; D.S)	(2.14 ; 1.09)		(2.63 ; 1.51)		(2.32 ; 1.25)	
	n	%	n	%	n	
Técnicas previas empleadas †						
FIV	7	50	4	50	10	45.5
FIV+ OD + DGP	0	0	1	12.5	1	4.5
FIV/TED + OD	0	0	1	12.5	1	4.5
FIV + OD	4	28.6	0	0	4	18.2
FIV + DGP	1	7.1	2	25	3	13.6
IA	1	7.1	1	12.5	2	9.1
Ninguna	1	7.1	0	0	1	4.5
Total					22	100
Técnica única/última empleada †						
FIV + DGP	5	35.7	1	12.5	6	27.3
FIV + OD + DGP	3	21.4	2	25	5	22.7
FIV	2	14.3	2	25	4	18.2
FIV + OD	2	14.3	1	12.5	3	13.6
FIV/TED + DGP	0	0	2	25	2	9.1
FIV/TED	1	7.1	0	0	1	4.5
FIV + OD/TED	1	7.1	0	0	1	4.5
Total					22	100
Monto en dólares (Media ; D.S)	(8821.43 ; 29067)		(7250 ; 2493)		(8250 ; 2810)	

† FV = Fecundación In vitro; OD = Ovodonación; TED = Transferencia de embrión descongelados; DGP = Diagnóstico genético preimplantacional

Dentro de los datos referidos a la fertilidad, el 21.4% de gestantes con mayor adaptación psicosocial presentó como antecedente familiar de infertilidad reserva ovárica disminuida; y como causas de infertilidad la edad materna avanzada 35.7% y la edad materna avanzada acompañada de reserva ovárica disminuida 28.6%, mientras que las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial solo presentó la edad materna avanzada acompañada de reserva ovárica disminuida 50%. En el grupo con mayor adaptación psicosocial el tiempo de intento de concepción natural y asistida tuvo una media de 4.64 ± 5.57 años y 2.42 ± 1.87 años respectivamente mientras que el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial el tiempo de intento de concepción natural y asistida presentó una media de 2.75 ± 1.75 años y 2.13 ± 1.36 años respectivamente. El número de intentos previos tuvo una media de 2.14 ± 1.09 (mayor adaptación psicosocial) y 2.63 ± 1.51 (deficiencia en la adaptación psicosocial). El grupo de gestantes con mayor adaptación psicosocial, la principal técnica previamente empleada fue la fecundación in vitro (50%) y la única o última técnica empleada predominantemente fue la fecundación in vitro acompañada de diagnóstico genético preimplantacional (35.7%). Así mismo, en el grupo de gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial, la principal técnica previamente empleada fue la fecundación in vitro (50%) y las únicas o últimas técnicas empleadas predominantemente fueron la fecundación in vitro acompañada de ovodonación junto a diagnóstico genético preimplantacional; la fecundación in vitro y la fecundación in vitro acompañada de transferencia de embrión descongelado junto a diagnóstico genético preimplantacional (25% cada una).

Tabla 6 Resultado de la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017

Adaptación psicosocial al embarazo	Resultado	
Mayor (36 a 67 puntos)	n=8	36.4%
Deficiencia (68 a 144 puntos)	n=14	63.6%
Media (X)	70.36	
Desviación estándar (D.S)	10.79	
Mediana (Me)	70.5	
P25	63.75	
P75	75.5	
Rango	Mín: 51	Máx:90

En lo referente a la adaptación psicosocial al embarazo, se encontró una media de 70.36 (D.S: ± 10.79), siendo este valor mayor a 67 puntos, se interpreta que el total de gestantes encuestadas presentaron una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo, donde el 36.4% (n=8) presentaron mayor adaptación psicosocial al embarazo y el 63.6% (n=14) mostraron deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo.

Tabla 7. Resultado de la adaptación psicosocial al embarazo de acuerdo a sus dimensiones en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima 2017.

Dimensión	Adaptación psicosocial al embarazo			
	Mayor		Deficiencia	
	n	%	n	%
Aceptación del embarazo	21	95.45%	1	4.55%
Preparación para el parto	6	27.27%	16	72.73%
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	12	54.55%	10	45.45%
Rol materno	15	68.18%	7	31.82%
Relación con la madre	15	68.18%	7	31.82%
Relación con la pareja	6	27.27%	16	72.73%

En cuanto a las dimensiones de la adaptación psicosocial se encontró que la dimensión donde hubo mayor adaptación psicosocial fue la aceptación del embarazo con un 95.45%, seguida de la dimensión rol materno con un 68.18% y relación con la madre en un 68.18%. Así mismo las dimensiones con mayor deficiencia en la adaptación psicosocial fueron preparación para el parto en un 72.73% y relación con la pareja con un 72.73%.

A continuación iniciaremos un análisis descriptivo de los principales resultados obtenidos sobre la adaptación psicosocial de las usuarias de fecundación in vitro a la maternidad a través de dimensiones que están estrechamente vinculadas entre sí. Las respuestas a las que podían optar las participantes fueron: “*mucho*”, “*con frecuencia*”, “*a veces*” o “*nunca*”, según el grado de acuerdo con los ítems planteados.

Tabla 7a. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión de aceptación del embarazo

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
Aceptación del embarazo	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada	18	81.8%	2	9.1%	2	9.1%	0	0%
2. Puedo tolerar las molestias de mi embarazo	2	54.5%	8	36.4%	1	4.55%	1	4.55%
27. Me cuesta creer que haya logrado mi embarazo	11	50%	5	22.7%	5	22.7%	1	4.55%
29. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil	6	27.3%	8	36.4%	7	31.8%	1	4.55%

Son los ítems 1, 2, 27 y 29 los que brindan la información necesaria para comprender la dimensión “**Aceptación del embarazo**”.

Se evidencia cómo la mayor parte de las respuestas coinciden en la opción “mucho” reflejadas en los ítems 1, 2 y 27 en un 81.8%, 54.5% y 50% respectivamente. El ítem 29 fue el único con respuesta “con frecuencia” (36,4%). (Tabla 7a).

Tabla 7b. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión del rol materno

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rol materno								
33. Ya siento que amo a mi(s) bebé(s)	15	68.2%	6	27.3%	1	4.5%	0	0%
34. Creo que puedo ser una buena madre	13	59.1%	8	36.4%	1	4.5%	0	0%
35. Tengo la sensación de que disfrutaré de mi(s) bebé(s)	14	63.6%	8	36.4%	0	0%	0	0%
36. Estoy feliz con mi embarazo	18	81.8%	3	13.6%	1	4.5%	0	0%

La dimensión “**Rol materno**”, es estudiada por los ítems 33, 34, 35 y 36.

Se observa que el total de respuestas estuvo contenida en la opción “mucho” siendo el ítem 36 el de mayor porcentaje con un 81.8%. (Tabla 7d)

Tabla 7c. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión de la relación con la madre

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
Relación con la madre	n	%	n	%	n	%	n	%
5. Mi madre está ilusionada con el/los bebé(s) que espero	15	68.2%	7	31.8%	0	0%	0	0%
8. Mi madre está contenta con mi embarazo	14	63.6 %	6	27.3%	2	9.1%	0	0%
9. Mi madre me da buenos consejos	11	50%	6	27.3%	5	22.7%	0	0%
12. Se me hace fácil hablar con mi madre sobre mis problemas	4	18.2%	13	59.1%	5	22.7%	0	0%
15. Mi madre ya espera a su(s) nieto(s)	11	50%	10	45.5%	1	4.5%	0	0%
19. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	4	18.2%	0	0%	8	36.4%	10	45.5%
24. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	7	31.8%	9	40.9%	6	27.3%	0	0%
28. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	8	36.4%	9	40.9%	4	18.2%	1	4.5%
30. Mi madre critica mis decisiones	3	13.6%	2	9.1%	8	36.4%	9	40.9%

Para extraer información relevante de la dimensión **“Relación con la madre”**, hemos de profundizar en el análisis de los ítems 5, 8, 9, 12, 15, 19, 24, 28 y 30.

Se muestra cómo la mayor parte de las respuestas se encuentran en las opciones “mucho” cuyo ítem de mayor porcentaje es el 5 (68.2%) seguida de la opción “con frecuencia” con un porcentaje mayor en el ítem 12 (59.1%) y “nunca” en el ítem 19 (45.5%). (Tabla 7e)

Tabla 7d. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión de la relación con la pareja

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
Relación con la pareja	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Mi pareja y yo hablamos del/los bebé(s) que espero	11	50%	9	40%	2	9.1%	0	0%
4. Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada	11	50%	8	36.4%	3	13.6%	0	0%
10. A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre mi embarazo	6	27.3%	9	40.9%	6	27.3%	1	4.5%
13. Con mi pareja tenemos un buen nivel de comunicación	8	36.4%	11	50%	2	9.1%	1	4.5%
16. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito	3	13.6%	14	63.6%	4	18.2%	1	4.5%
17. Puedo contar con el soporte de mi pareja durante mi parto	9	40.9%	8	36.4%	5	22.7%	0	0%
23. En el momento de tomar decisiones, con mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo	5	22.7%	10	45.5%	7	31.8%	0	0%
32. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado de mi(s) bebé(s) hasta que haya(n) nacido	6	27.3%	12	54.5%	3	13.6%	1	4.5%

La dimensión “**Relación con la pareja**” son: 3, 4, 10, 13, 16, 17, 23 y 32.

Los resultados revelan que las opciones con las mayores puntuaciones registradas se encuentran en las opciones “con frecuencia” cuyo ítem de mayor porcentaje es el 16 (63.6%) y “mucho” con un porcentaje mayor en los ítems 3 y 4 con 50% en ambos. (Tabla 7f)

Tabla 7e. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión de preparación para el parto

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
Preparación para el parto	n	%	n	%	n	%	n	%
11. Estoy bien informada de lo que me espera en mi parto	3	13.6%	11	50%	8	36.4%	0	0%
20. Estoy preparada para mi parto	5	22.7%	9	40.9%	8	36.4%	0	0%
22. Pienso que podré resistir las incomodidades de mi parto	1	4.55%	11	50%	10	45.5%	0	0%
25. Me siento bien informada sobre mi parto	7	31.8%	7	31.8%	8	36.4%	0	0%

Los ítems de la dimensión “**Preparación para el parto**” son el 11, 20, 22 y 25.

Las mayores puntuaciones registradas se encuentran en la respuesta “con frecuencia” en los ítems 11, 20 y 22 con 50%, 40.9% y 50% respectivamente; siendo sólo el ítem 25 con respuesta “a veces” (36.4%). (Tabla 7b)

Tabla 7f. Proporción de respuestas obtenidas en la dimensión de preocupación por el bienestar propio y del bebé

	Mucho		Con frecuencia		A veces		Nunca	
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	n	%	n	%	n	%	n	%
6. Me preocupa que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener anomalías	3	13.6%	4	18.2%	13	59.1%	2	9.1%
7. Pienso en lo peor cuando me duele algo	2	9.1%	8	36.4%	12	54.5%	0	0%
14. No dejo de pensar en los problemas que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener	1	4.5%	5	22.7%	14	63.6%	2	9.1%
18. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en mi parto	2	9.1%	2	9.1%	14	63.6%	4	18.2%
21. Me angustian las posibles complicaciones de mi parto	6	27.3%	4	18.2%	10	45.5%	2	9.1%
26. Me preocupa que algo pueda ir mal en mi parto	5	22.7%	4	18.2%	11	50%	2	9.1%
31. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en mi parto	4	18.2%	6	27.3%	11	50%	1	4.5%

Los ítems implicados en la dimensión “**Preocupación por el bienestar propio y del bebé**” son: 6, 7, 14, 18, 21, 26 y 31

Los resultados muestran como en el total de respuestas predominó la opción “a veces” en todos los ítems en donde los de mayor porcentaje fueron los ítems 14 y 18 con 63.6% en ambos. (Tabla 7c)

4. DISCUSIONES

A continuación se discutirán y contrastarán los resultados derivados de los instrumentos empleados relacionándolos con algunos planteamientos teóricos precedentes revisados por autores vinculados a esta temática.

En primer lugar, en lo que respecta a los datos sociodemográficos; la edad de las gestantes mostró una media de 41.07 ± 3.99 años en el grupo con mayor adaptación psicosocial y 39.88 ± 3.98 años en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial siendo en ambos casos catalogadas como edad materna avanzada de acuerdo a la definición dada por la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), citada y desarrollada por Ayala P et al.⁽³⁸⁾

Una publicación realizada por Urgellés C et al⁽¹⁰⁾ advierte que la edad está relacionada de forma inversamente proporcional con la fertilidad, es decir que las tasas de embarazo disminuyen a medida que aumenta la edad constituyéndola así como un factor importante en cuanto a las posibilidades de lograr un embarazo, tanto espontáneo como a través de la utilización de técnicas de reproducción asistida.

En lo referente al estado civil, la mayoría de las gestantes tanto en el grupo con mayor adaptación psicosocial y deficiencia en la adaptación psicosocial presentó un estado civil de casadas 78.6 % y 100% respectivamente siendo similar a lo encontrado en el estudio realizado por Millares A⁽⁴⁹⁾ donde la mayoría de las participantes eran casadas 49%.

En cuanto al grado de instrucción, ambos grupos evidenciaron un grado de instrucción de superior completa; 643% en las que presentan mayor adaptación psicosocial y 100% en las que presentan deficiencia en la adaptación psicosocial coincidiendo con el estudio realizado por Lepecka-Klusek et al⁽⁶⁵⁾ donde el grupo de estudio estaba representado mayoritariamente por mujeres con educación universitaria 59.2%.

La religión que las gestantes del estudio en su mayoría profesan fue la católica tanto en el grupo con mayor adaptación psicosocial como en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial 92.9 % y 87.5% respectivamente similar a lo hallado por Lepecka-Klusek et al ⁽⁶⁵⁾ que reportan a la religión católica 98% como predominante en la población polaca donde fue llevado a cabo el estudio.

Las gestantes del estudio presentaron como lugar de nacimiento en ambos grupos principalmente Lima (64.3% mayor adaptación psicosocial y 62.5% deficiencia en la adaptación psicosocial) evidenciándose además que la mayoría proviene de zonas urbanas con mejores condiciones de alojamiento, lo cual coincide con el estudio de Lepecka-Klusek et al ⁽⁶⁵⁾

Por otro lado, la mayoría de las participantes presentó un tipo de embarazo único, 92.9% en el grupo con mayor adaptación psicosocial y 75% en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial siendo predominante en ambos grupos la edad gestacional dentro del primer trimestre de embarazo (64.3% mayor adaptación psicosocial y 62.5% deficiencia en la adaptación psicosocial). Según el estudio realizado por Pérez M ⁽²⁸⁾ las gestaciones únicas tras fecundación in vitro (FIV) son las que presentan mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales en comparación a las gestaciones únicas espontáneas, de manera que deberían ser consideradas como gestaciones de alto riesgo.

Los antecedentes obstétricos familiares mostraron que 7.1% de las gestantes con mayor adaptación psicosocial y 12.5% de las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial tuvieron familiar con preeclampsia, en tanto, los antecedentes obstétricos personales prevalentes fueron placenta previa 7.1% y preeclampsia 7.1% ambos en el grupo de mayor adaptación psicosocial. Los estudios de Palomba S et al ⁽³⁰⁾ y Qin J et al ⁽³⁴⁾ concluyen que las gestaciones mediante FIV poseen mayor riesgo que las espontáneas y este riesgo incluye un aumento de la incidencia de RCIU, preeclampsia, parto prematuro entre otros.

Los datos reproductivos de las participantes señalaron que el 84.1% del grupo con mayor adaptación psicosocial y 82.3% del grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial no hace uso de métodos anticonceptivos, y de los métodos anticonceptivos utilizados el oral combinado fue el más elegido (14.3% mayor adaptación psicosocial y 50% deficiencia en la adaptación psicosocial). Al respecto, el diagnóstico de infertilidad se presenta con frecuencia en parejas que han utilizado durante periodos prolongados anticoncepción hormonal, anticoncepción intrauterina, o una combinación de ambos ⁽⁷⁾. Además el presente estudio realizado expone la presencia de síndrome de ovarios poliquísticos tanto en el grupo de mayor adaptación psicosocial 7.1% como en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial 12.5%. Podemos atribuir esta característica como una causa de infertilidad femenina tal y como lo menciona Rojas Q et al ⁽⁶⁾

La pareja de las gestantes estudiadas tuvieron una edad media de 46.57 ± 10.70 años en el grupo con mayor adaptación psicosocial y 40.75 ± 3.37 años en el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial. Notamos cierta similitud respecto a la edad materna. Es este factor edad la que suele ser indicador de dificultad para la concepción espontánea. De acuerdo al estudio de Ford WC et al ⁽⁸⁾ la probabilidad de concepción dentro de 6 o 12 meses es menor en hombres de mayor edad en comparación a hombres menores de 25 años.

Rojas Q et al ⁽⁶⁾ afirma que las patologías reproductivas previas del hombre reducen la probabilidad de un embarazo, en el estudio 92.9% de la pareja del grupo con mayor adaptación psicosocial y el 87.5% del grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial no tuvo alguna patología previa, mientras que 7.1% de la pareja del grupo con mayor adaptación psicosocial presentó bajo recuento de espermatozoides.

Dentro de los datos referidos a la fertilidad, las gestantes con mayor adaptación psicosocial presentaron como principales causas de infertilidad la edad materna avanzada 35.7% y la edad materna avanzada acompañada de reserva ovárica disminuida 28.6%, mientras que las gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial solo presentaron como causa la edad materna avanzada acompañada de reserva ovárica disminuida 50%. Semejante a lo hallado por la Assisted Human Reproduction Canada ⁽⁵⁾ donde el 40% es de causa femenina.

En el grupo con mayor adaptación psicosocial el tiempo de intento de concepción natural y asistida tuvo una media de 4.64 ± 5.57 y 2.42 ± 1.87 años respectivamente mientras que el grupo con deficiencia en la adaptación psicosocial el tiempo de intento de concepción natural y asistida presentó una media de 2.75 ± 1.75 y 2.13 ± 1.36 años respectivamente. El número de intentos previos tuvo una media de 2.14 ± 1.09 (mayor adaptación psicosocial) y 2.63 ± 1.51 (deficiencia en la adaptación psicosocial). Al respecto, García F ⁽⁵³⁾ menciona que tanto hombres como mujeres experimentan mayor carga emocional cuantos más intentos de FIV hayan realizado. La reiteración de ciclos de tratamiento lleva consigo un aumento en la duración de la infertilidad, incrementando así el tiempo que la pareja lleva intentando concebir.

La única o última técnica empleada predominantemente en el grupo de gestantes con mayor adaptación psicosocial fue la fecundación in vitro acompañada de diagnóstico genético preimplantacional 35.7% y en el grupo de gestantes con deficiencia en la adaptación psicosocial, sobresalen la fecundación in vitro acompañada de ovodonación junto a diagnóstico genético preimplantacional; la fecundación in vitro y la fecundación in vitro acompañada de transferencia de embrión descongelado junto a diagnóstico genético preimplantacional (25% cada una). Lo anterior concuerda con el Registro Nacional de Actividad 2015 de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ⁽⁴⁵⁾ donde el 39,7% de los ciclos iniciados con DGP.

Si bien el estudio realizado no cuenta con un antecedente concreto que estudie la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro; se comparan los resultados de adaptación psicosocial al embarazo obtenidos en diversos escenarios. Así pues, el presente estudio muestra una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo 63.6%. Lo cual difiere de los estudios realizado por Millares A ⁽⁴⁹⁾ en gestantes adscritas a una unidad de medicina familiar y Casanueva C ⁽⁶⁴⁾ llevado a cabo en adolescentes españolas donde en ambos casos se evidencia una mayor adaptación psicosocial al embarazo.

Respecto al análisis de las dimensiones, remarcaremos la aceptación del embarazo como la dimensión donde hubo mayor adaptación psicosocial con un 95.45%. Mientras que en las dimensiones donde hubieron deficiencia en la adaptación psicosocial fueron la preparación para el parto y la relación con la pareja (72.73% en ambos caso) distinto a lo hallado por Millares A ⁽⁴⁹⁾ donde existe una mayor adaptación psicosocial en el rol materno 97.40% y deficiencia en la adaptación en la preocupación por el bienestar propio y del bebe 66.30%.

A pesar de que el estudio sugiere hallazgos interesantes en este grupo de gestantes, se deben señalar algunas limitaciones relevantes. La primera de ellas referente al alcance del estudio. En este caso, el tamaño muestral de la presente investigación fue bastante pequeña y, si bien da indicios de cómo es la adaptación psicosocial al embarazo en este grupo de gestantes, no permite realizar inferencias concluyentes. Sin embargo, al ser un estudio sin evidencias concretas previas, el número de participantes no es determinante puesto que lo que se busca es visualizar la problemática.

Además se puede mencionar como limitación las características propias que compartían las gestantes del estudio; lo cual hacía de éste un grupo bastante específico. De esa manera, los hallazgos no son generalizables porque podrían solo describir a este grupo particular de gestantes.

En adición, si bien existen ciertas limitaciones, se puede decir que el estudio es importante para la sociedad en general, ya que la infertilidad es un tema que cada vez tiene mayor alcance en la salud de las personas. Estos resultados pueden contribuir a que este tema sea abordado con un enfoque integral y con mayor apertura. Además de ser un tema que nunca se ha estudiado en el contexto peruano.

Por último, se considera que este estudio deja la posibilidad de ahondar en el tema de la gestación en mujeres con estas características. Si bien, como se ha mencionado, esta es una población de difícil acceso; es importante conocer más sobre los distintos factores que pueden influenciar el proceso de adaptación psicosocial.

5. CONCLUSIONES

1. Las gestantes participantes del estudio presentaron una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo (63.6%).
2. La dimensión aceptación del embarazo evidenció una mayor adaptación psicosocial al embarazo (95.45%).
3. La dimensión rol materno mostró una mayor adaptación psicosocial al embarazo (68.18%).
4. La dimensión relación con la madre presentó una mayor adaptación psicosocial al embarazo (68.18%).
5. La dimensión relación con la pareja reflejó una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo (72.73%).
6. La dimensión preparación para el parto mostró una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo (72.73%).
7. La dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé presentó una mayor adaptación psicosocial al embarazo (54.55%).

RECOMENDACIONES

1. Implementar programas de capacitación a los profesionales de obstetricia a fin de proporcionar conocimientos sobre las principales complicaciones que suelen presentarse en un embarazo mediante técnicas de reproducción asistida para así brindar una atención integral a este grupo de gestantes.
2. Promover la calidad de vida en aquellas gestantes mediante técnicas de reproducción asistida evaluándolas desde el primer contacto, momento en el que pueden detectarse aquellas con desajustes emocionales y afectivos derivándolas así oportunamente al área competente.
3. Desarrollar consejerías de forma didáctica, haciendo uso de diversos materiales audio-visuales (videos, películas) y las redes sociales que tiene mayor acogida por la población así como brindar una consejería con adecuado tiempo de duración para lograr desarrollar intervenciones eficaces que logren un manejo integral.
4. Realizar un programa de intervención y prevención psicosocial en las gestantes mediante fecundación in vitro para lograr así un lugar de encuentro donde puedan compartir experiencias con “sus iguales” y recibir apoyo y acompañamiento en su preparación para la maternidad.
5. Realizar posteriores estudios analíticos o experimentales con una muestra más amplia, y que pueda incluir como parte del análisis, la adaptación psicosocial al embarazo relacionado a la edad de la gestante, la edad gestacional, así como una comparación entre aquellas gestantes que concibieron mediante fecundación in vitro con óvulos propios y las que concibieron con óvulos donados.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=GqfEkwz>
2. Zegers-Hochschild F, Adamson G, De Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Van der Poel S. Versión revisada y preparada por el Comité Internacional de Monitoreo de la Tecnología de Reproducción Asistida y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010. [Acceso el 10 de marzo del 2017] Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/
3. World Health Organization. Gender and Genetics [En línea] [Acceso el 10 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>
4. Roa Y. La infertilidad como problema de salud pública en el Perú. Rev peru ginecol obstet. 2012; 58: 79-85.
5. Assisted Human Reproduction Canada. (2012).Your guide to infertility and assisted human reproduction. Her Majesty the Queen in Right of Canada: AHRC
6. Rojas Quintana P, Medina Tío D, Torres Ajá L. Infertilidad. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2011; 9(4) 340-350.
7. Contracepción y fertilidad posterior. [Internet]. [Acceso el 18 de marzo del 2017] Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/contracepcion.pdf>

8. Ford WC, North K, Taylor H, et al. increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. The ALSPAC Study Team (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood). Hum Reprod. 2000; 15(8):1703-8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920089>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016. Lima: INEI; 2016.
10. Urgellés C, Reyes G, Figueroa M, et al. Infertilidad en pacientes mayores de 35 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012
11. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen J.G., et al. and on behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. Hum Reprod Update 2012; 18(1): 29-43
12. Oliveira A N Variables psicológicas en la infertilidad. [tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2010. [Acceso el 20 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://DPPMMLHM.Oliveira.Alves.DC.Variables.psicologi.pdf>
13. Tarducci M. Maternidades en el siglo XXI. 1ª ed. Argentina: Editorial Espacio; 2008.
14. Moreno A, Guerra D. Procesos emocionales en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. Revista Iberoamericana de Fertilidad 2007; 26 (6):11-17

15. Sociedad Española de Fertilidad. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. [En línea]. Barcelona: 2011. [Acceso el 20 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
16. El Kissi, Y., Romdhane, A. Ben Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013; 167(2):185–189 [En línea]. [Acceso el 20 de marzo del 2017]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0301211512005787.pdf?locale=es_ES
17. Shaller, M. A., Griesinger, G., Banz- Jansen, C. Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. Arch Gynecol Obs. 2016; p:1-9
18. Lequerica F.P. Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida. [tesis magistral] Universidad de Oviedo; 2013. [Acceso el 23 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17701/3/TFM%20paloma.pdf>
19. N. Van Geloven et al. Can we distinguish between infertility and subfertility when predicting natural conception in couples with an unfulfilled child wish? Human Reproduction. 2013; 28(3):658–665. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/des428>
20. American Society for Reproductive Medicine. (2012). Tecnologías de Reproducción Asistida. Guía para pacientes: ASRM

21. Sociedad Española de Fertilidad. Grupo de Interés de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad. Manual de buena práctica clínica en reproducción asistida. [En línea]. España: 2016. [Acceso el 28 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/noticias/manualBuenaPractica.pdf>
22. Remohí, J. A., Manual práctico de la esterilidad y reproducción humana. Aspectos clínicos. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
23. Yoo, J. H et al. Comparison of mild ovarian stimulation with conventional ovarian stimulation in poor responders. Clin Exp Reprod Med. 2011; 38(3): 159-163. doi: [10.5653/cepm.2011.38.3.159](https://doi.org/10.5653/cepm.2011.38.3.159)
24. Pelkonen S, Koivunen R, Gissler M, et al. Perinatal outcome of children born after frozen and fresh embryo transfer: the Finnish cohort study 1995-2006. Hum Reprod 2010; 25(4):914-123. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep477>
25. Roque, M., Lattes, K., Serra, S., et al. Fresh embryo transfer versus frozen embryo transfer in in vitro fertilization cycles: a systematic review and meta-analysis, Fertil Steril 2013; 99(1):156-162. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.003>
26. Aflatoonian, A., Oskouian, H., Ahmadi, S., and Oskouian, L. Can fresh embryo transfers be replaced by cryopreserved-thawed embryo transfers in assisted reproductive cycles? A randomized controlled trial. J Assist Reprod Genet 2010; 27(7): 357-363. doi: [10.1007/s10815-010-9412-9](https://doi.org/10.1007/s10815-010-9412-9)

27. Novelle GM. Análisis de la influencia epigenética de los tratamientos de reproducción asistida en los resultados gestacionales y perinatales. [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015. [Acceso el 5 de abril del 2017]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/666365/novelle_%20garcia_monica.pdf?sequence=1
28. Pérez M. N. Resultados obstétricos y perinatales asociados a fecundación in vitro – inyección intracitoplasmática de espermatozoides. [Tesis]. España: Universidad de Oviedo; 2015. [Acceso el 7 de abril del 2017]. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33891/1/TD_NoeliaPerezMartinez.pdf
29. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Okun N, Sierra S. Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36(1):64-83.doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30685-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30685-X)
30. Palomba S, et al. Risk of adverse pregnancy and perinatal outcomes after high technology infertility treatment: a comprehensive systematic review. Reproductive Biology and Endocrinology. 2016; 14:76. doi:[10.1186/s12958-016-0211-8](https://doi.org/10.1186/s12958-016-0211-8)
31. Del Mar M, Martín M, Vilches MA, et al. Epidemiología y complicaciones obstétricas en el embarazo conseguido por técnica de fecundación in vitro-microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV-ICSI). Actual. Med. 2013; 98: (790): 136-141. [Acceso el 10 de abril del 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4874470>
32. Duyos I, de la Calle M, Revello R, et al. Complicaciones fetales y resultados neonatales tempranos en 147 embarazos triples. Ginecol Obstet Mex. 2013, 81(2):86-91. [Acceso el 10 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132d.pdf>

33. Farhi A, Reichman B, Boyko V, et al. Maternal and neonatal health outcomes following assisted reproduction. *Reproductive Bio Medicine*. 2013, 26(5):454–461. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.01.014>
34. Qin J, Liu X, Sheng X, et al. Assisted reproductive technology and the risk of pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a meta-analysis of cohort studies. *Fertil Steril*. 2016; 105(1):73–85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.09.007>
35. Marqueta S, Torres V, Roses P, et al. Complicaciones de las técnicas de reproducción asistida. En: Ponencia presentada en el XXIX Congreso nacional SEF: Granada 2012; 29(1): 23-26.
36. Sebastiani G, Pertierra A, Vidal E, et al. Factores relacionados con las técnicas de reproducción asistida y su repercusión en el neonato. *Asociación Española de Pediatría. A Pediatr (Barc)* 2009; 70(4):323-332
37. Barnes et al. Outcomes for Women and Infants Following Assisted Conception: Implications for Perinatal Education, Care, and Support. *J Perinat Educ*. 2012; 21(1):18–23. doi: [10.1891/1058-1243.21.1.18](https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.18)
38. Ayala P, Guevara R, Rodríguez H, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2016; 5(2):9-15.
39. Atienza DNS. Transferencia selectiva de embrión único en ciclos de Fecundación In Vitro. [tesis] Universidad de Oviedo; 2013. [Acceso el 19 de abril del 2017]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17727/6/TFM%20sara.pdf>

40. Sazonova A, et al. Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy. *Fertil Steril*. 2013; 99(3):731–737. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.11.023>
41. Grady R, et al. Elective single embryo transfer and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012; 97(2):324-331. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.033>
42. Min JK, Hughes E, Young D, et al. Elective Single Embryo Transfer Following In Vitro Fertilization. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(4):363-377.
43. JOINT SOGC-CFAS. Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization No. 182, September 2006. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 102(2): 203-216.
44. Sociedad Española de Fertilidad. Fecundación in vitro con diagnóstico genético preimplantacional (DGP). [En línea].España [Acceso el 24 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/consentimientos/mod7.pdf>
45. Registro Nacional de Actividad 2015-Registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). [En línea].España [Acceso el 24 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/Informe_Global_Registro_actividad_2015.pdf
46. Kato et al. Minimal ovarian stimulation combined with elective single embryo transfer policy: age-specific results of a large, single-centre, Japanese cohort. *Reprod Biol Endocrinol*. 2012; 10:35. [Acceso el 24 de abril del 2017]. Disponible en: <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-10-35>

47. Marín M D. Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio. [tesis]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2013. [Acceso el 24 de abril del 2017]. Disponible en: https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12247/Tesis_Dolores_Marin_Morales.pdf?sequence=1
48. Fernández L M, Sánchez A. Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas. Facultad de Pedagogía, Universidad Pontificia de Salamanca. 2005; Papeles Salmantinos de Educación (4): 193-208
49. Millares A G. “Relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de Medicina Familiar NO. 64 Tequesquinhuaac”. [tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del estado de México; 2017. [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/63605>
50. Lorén G L. Evaluación de la salud percibida durante el puerperio inmediato tras un parto hospitalario. [tesis]. Aragón: Universidad Zaragoza; 2015. [Acceso el 2 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/31605/files/TESIS-2015-052.pdf>
51. Verhaak C M, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. Hum Reprod. 2010 May; 25(5):1234-1240. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
52. Moreno A, Guerra D. Intervención psicológica en medicina reproductiva. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. Rev Iberoam Fertil 2007; 26(6):29-46.

53. García. F. C. "Estrés emocional y Fecundación in vitro". [Tesis]. España: Universidad de Oviedo; 2016. [Acceso el 20 de setiembre del 2017]. <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37458/6/Carla%20Garcia.pdf>
54. Vera A. Y, Elena I. Z, Ajdar N. A. The mental state of women with an IVF pregnancy. Psychology in Russia: State of the Art 2015; 8(1):14-21. [Acceso el 5 de mayo del 2017]. Disponible en: http://psychologyinrussia.com/volumes/pdf/2015_1/2015_1_14-21.pdf
55. Terol M C. Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud. 1ª ed. España: Editorial Pirámide; 2012.
56. Mestre J M. La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social. 1ª ed. España: Editorial Pirámide; 2012.
57. Schaffer H R. El desarrollo de la sociabilidad. 1ª ed. Madrid-España: Editorial Visor libros; 1983.
58. Lederman R. Psychosocial Adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. 1ª ed. New York: Springer; 1996.
59. Armengol Asenjo R, Chamarro A, García-Die M. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. Anales de Psicología. 2007; 23(1): p. 25-32. [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/04-23_1.pdf
60. Lin CT & Chou FH. [A comparison of maternal psychosocial adaptation among pregnant women with different gravidity]. Hu Li Za Zhi. 2008; 55(6):28-36.

61. Ontiveros M y López JT. Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010; 27(2): 92-98. [Acceso el 16 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>
62. Yasuka N, Toyoko Y, Fumi A. Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. Nursing Reports 2011; Vol.1:e9. doi: <https://doi.org/10.4081/nursrep.2011.e9>
63. Garrido M. C y Marchán M. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia Rev. Psicol. Trujillo (Perú).2011; 13(1):11-28. [Acceso el 15 de mayo del 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a02.pdf
64. Casanueva C N “Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia. Un programa de intervención” [Tesis]. España: Universidad de Extremadura; 2017. [Acceso el 20 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10662/6205>
65. Lepecka-Klusek C & Jakiel G. The socio-economic conditioning of difficulties in adaptation to pregnancy following assisted reproductive techniques. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009; 143(1):50-54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.10.018>
66. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=bBsqKPc>
67. Joo C. Estrategias de implementación del AUS en Asociación de Clínicas Privadas. Presentación de la Asociación de las Clínicas Privadas. [Acceso el 15 de mayo del 2017]. Disponible en: http://www.bvs.org.pe/local/File/FORO_AUS/EST_DE_IMP_AUS_CLINICAS_PRIVADAS.pdf

68. Aranda JM, de la Revilla L, de D Luna J. Riesgo obstétrico: evaluación de índices y criterios existentes. Aten Primaria. 1998; 22(4): 205-14.
69. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=RvPNBwr>
70. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española [Acceso el 13 de marzo del 2017]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=lpB1090>

8. ANEXOS

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	67
III. INSTRUMENTOS.....	69
IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	74
V. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	75

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	TIPO DE UNIDAD	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Adaptación psicosocial al embarazo	Equilibrio entre las demandas psicológicas y sociales; y la capacidad de la mujer para responder a tales demandas.	Aceptación del embarazo	Creencia del momento adecuado para el embarazo. Tolerancia de molestias al embarazo. Creencia en el logro del embarazo. Descripción del desarrollo del embarazo.	Cualitativa	Nominal	Mucho= 1 Con frecuencia=2 A veces= 3 Nunca= 4
		Preparación para el parto	Información respecto al parto. Preparación para el parto. Creencia de resistir las incomodidades del parto. Confianza respecto a la información sobre el parto.	Cualitativa	Nominal	
		Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Preocupación por anomalías en el bebé. Pensamiento negativo ante el dolor. Pensamiento de posibles problemas en el bebé. Miedo a sufrir daños durante el parto. Angustia por posibles complicaciones del parto. Preocupación de algo pueda ir mal en el parto Pensamientos continuos sobre posibles problemas durante el parto.	Cualitativa	Nominal	

		Rol materno	<p>Afecto por el bebé.</p> <p>Creencia de poder ser buena madre.</p> <p>Sensación de que se disfrutará del bebé.</p> <p>Estado de ánimo respecto al embarazo.</p>	Cualitativa	Nominal	<p>a) Mayor adaptación psicosocial al embarazo (36 a 67 puntos).</p> <p>b) Deficiente adaptación psicosocial al embarazo (68 a 144 puntos).</p>
		Relación con la Madre	<p>Ilusión de la madre de la gestante con el bebé.</p> <p>Estado de ánimo de la madre de la gestante con el embarazo.</p> <p>Consejos de la madre de la gestante.</p> <p>Conversación sobre problemas de la gestante con su madre.</p> <p>La madre de la gestante ya espera al nieto</p> <p>Discusiones entre la gestante y su madre</p> <p>Motivación a la gestante de parte de su madre ante dudas.</p> <p>Motivación a la gestante de parte de su madre a realizar cosas propias.</p> <p>Crítica de la madre de la gestante respecto a sus decisiones</p>	Cualitativa	Nominal	
		Relación con la Pareja	<p>La gestante y su marido hablan del bebé.</p> <p>El marido brinda tranquilidad a la gestante.</p> <p>Agrado del marido por hablar del embarazo con la gestante.</p> <p>Nivel de comunicación como pareja.</p> <p>Ayuda del marido en casa.</p> <p>Soporte del marido durante el parto.</p> <p>Acuerdo en la toma de decisiones entre la gestante y su marido.</p> <p>Apoyo del marido en el cuidado del bebé hasta el nacimiento.</p>	Cualitativa	Nominal	

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

ESCUELA PROFESIONAL DE OSTETRICIA

Estimada Participante:

Soy bachiller de la UNMSM, E.P Obstetricia y como parte de los requisitos para obtener el título como Licenciada en Obstetricia se llevará a cabo una investigación titulada ***“ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO EN USUARIAS DE FECUNDACIÓN IN VITRO QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA, 2017”*** la cual tiene como objetivo ***Determinar la adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una Clínica Privada de Lima, 2017.***

El presente documento está dirigido a usted con el fin de obtener su consentimiento para formar parte del presente estudio.

Para la obtención de datos se hará uso de una ficha de recolección de datos y un cuestionario adaptado y validado del cuestionario de Autoevaluación Prenatal (Adaptación del Prenatal Self-Evaluation Questionnaire), como instrumento para valorar la adaptación psicosocial al embarazo.

No existen riesgos y el tiempo requerido para el llenado de los cuestionarios es un aproximado de 20 minutos.

Por su participación no recibirá ninguna recompensa económica, sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

La información a recolectar será confidencial y anónima. Así mismo, tendrá derecho a saber los resultados obtenidos en el estudio.

La investigadora principal se compromete a responder cualquier interrogante y aclarar cualquier duda respecto a los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente el derecho de retirarse del estudio cuando lo considere conveniente, sin que ello genere un perjuicio a su persona.

Solamente la investigadora principal o su personal autorizado accederán a información obtenida de las participantes. Los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

Desde ya le agradezco su participación.

Investigadora: Arellano Agurto Marilyn

He leído el procedimiento descrito. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado todas mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Marilyn Arellano Agurto sobre ***“Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una Clínica Privada de Lima, 2017”***

Firma o huella digital de la participante: _____

Firma o huella digital de la investigadora: _____

III. INSTRUMENTOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: ____ años

2. Estado civil:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Conviviente |
| <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Otro |

3. Grado de instrucción:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin instrucción | <input type="checkbox"/> Primaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Superior incompleta |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Secundaria completa |
| <input type="checkbox"/> Superior completa | |

4. Ocupación:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Comerciante |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Otros |

5. Religión

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Mormón |
| <input type="checkbox"/> Cristiana | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> Ninguno |

6. Idiomas:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Portugués |
| <input type="checkbox"/> Quechua | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Inglés | |

7. Lugar de nacimiento:

8. Lugar de procedencia:

DATOS OBSTETRICOS

9. Fórmula obstétrica: G__ P__/_/_/_/_

10. Tipo de embarazo: () único () múltiple

11. FUM: _____

12. Edad gestacional: _____

13. Número de abortos espontáneos: _____

14. Número de abortos provocados: _____

15. Cesáreas anteriores: _____

16. Antecedentes obstétricos familiares patológicos: _____

17. Antecedentes obstétricos personales patológicos: _____

DATOS REPRODUCTIVOS

18. Menarquia: _____ años

19. Inicio de relaciones sexuales: _____ años

20. Régimen Catamenial: ____/____

21. Número de parejas sexuales: _____

22. Uso de métodos anticonceptivos: _____

23. Tipo de anticonceptivo empleado: _____

24. Patologías ginecológicas: _____

DATOS DE LA PAREJA

25. Edad: ____ años

26. Ocupación:

☐ Estudiante

☐ Eventual

☐ Desocupado

☐ Trabajo permanente

☐ Informal

27. Patologías previas: _____

DATOS DE LA FERTILIDAD

28. Antecedentes familiares de infertilidad: _____

29. Causa de la infertilidad: _____

30. Tiempo de intento de concepción natural: _____

31. Tiempo de intento de concepción asistida: _____

32. Número de intentos previos al embarazo actual : _____

33. Técnicas previas empleadas: _____

34. Fecha de única/última intervención: _____

35. Técnica única/última empleada: _____

36. Monto aproximado de la única/última intervención: _____

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado)

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

A = Mucho

B = Con frecuencia

C = A veces

D = Nunca

		AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
	AE	2. Puedo tolerar las molestias de mi embarazo				
	RP	3. Mi pareja y yo hablamos del/los bebé(s) que espero				
	RP	4. Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	RM	5. Mi madre está ilusionada con el/los bebé(s) que espero				
R	PB	6. Me preocupa que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener anomalías				
R	PB	7. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
	RM	8. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	9. Mi madre me da buenos consejos				
	RP	10. A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre mi embarazo				
	PP	11. Estoy bien informada de lo que me espera en mi parto				
	RM	12. Se me hace fácil hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	13. Con mi pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	14. No dejo de pensar en los problemas que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener				
	RM	15. Mi madre ya espera a su(s) nieto(s)				
	RP	16. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	17. Puedo contar con el soporte de mi pareja durante mi parto				

R	PB	18. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en mi parto				
R	RM	19. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
	PP	20. Estoy preparada para mi parto				
R	PB	21. Me angustian las posibles complicaciones de mi parto				
	PP	22. Pienso que podré resistir las incomodidades de mi parto				
	RP	23. En el momento de tomar decisiones, con mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo				
	RM	24. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
	PP	25. Me siento bien informada sobre mi parto				
R	PB	26. Me preocupa que algo pueda ir mal en mi parto				
R	AE	27. Me cuesta creer que haya logrado mi embarazo				
	RM	28. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
	AE	29. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
R	RM	30. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	31. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en mi parto				
	RP	32. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado de mi(s) bebé(s) hasta que haya(n) nacido				
	MI	33. Ya siento que amo a mi(s) bebé(s)				
	MI	34. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	35. Tengo la sensación de que disfrutaré de mi(s) bebé(s)				
	MI	36. Estoy feliz con mi embarazo				

AE: Aceptación del embarazo; **MI:** Rol materno; **RM:** Relación con la madre; **RP:** Relación con la pareja; **PP:** Preparación para el parto; **PB:** Preocupación por el bienestar propio y del bebé.

R: Invertir la puntuación del ítem para la corrección.

*Cuestionario adaptado y validado por
Marilyn Arellano Agurto*

IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

CRITERIOS	N° de Jueces					p
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.03125
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.03125
3. La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	0.03125
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	0	1	0	0.3125
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.03125
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	0.3125
7. Las categorías de cada indicador son suficientes	1	1	0	1	0	0.3125
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.03125

En el cuadro se muestra el juicio de 5 expertos respecto al instrumento evaluado, según los criterios señalados, teniendo como premisa que un valor $p < 0.05$, significa que existe evidencia significativa para determinar la concordancia entre los jueces expertos.

Los resultados muestran que existe concordancia favorable entre los 5 jueces expertos sobre los ítems 1, 2, 3, 5, 6 y 8; no obstante, los ítems 4 y 7 no mostraron concordancia, por ello se realizaron las sugerencias de los expertos para mejorar la secuencia al momento del desarrollo del instrumento.

V. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA DE CRONBACH

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \times 1 - \frac{Si}{Sx}$$

Dónde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

K: Número de ítems del instrumento.

Si: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Sx: Varianza total del instrumento.

Reemplazando datos:

$$\alpha = \frac{10}{10 - 1} \times 1 - \frac{16.71}{78.4}$$

$$\alpha = 0.80$$

Coeficiente de Correlación	Magnitud
0,70 a 1,00	Muy fuerte
0,50 a 0,69	Sustancial
0,30 a 0,49	Moderada
0,10 a 0,29	Baja
0,01 a 0,09	Despreciable

-

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado)**

Coefficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1.2	0.4
P2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	0.44
P3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1.2	0.17
P4	1	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1.6	0.71
P5	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1.4	0.48
P6	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2.3	0.23
P7	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2.8	0.4
P8	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1.4	0.71
P9	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1.4	0.48
P10	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1.5	0.5
P11	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1.5	0.5
P12	2	3	3	2	3	2	3	2	1	1	2.2	0.62
P13	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1.5	0.27
E14	2	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2.5	0.5
E15	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1.4	0.48
E16	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1.7	0.45
P17	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1.4	0.26
E18	2	2	3	3	4	2	3	2	2	2	2.5	0.5
E19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2.1	0.1
E20	3	1	3	1	1	2	3	1	2	3	2	0.88
E21	3	2	2	2	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
E22	3	1	2	3	1	2	3	2	1	2	2	0.66
E23	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1.6	0.48
E24	1	3	4	3	3	1	3	2	1	1	2.2	1.28
E25	2	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1.6	0.48
E26	2	2	2	3	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
E27	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3.1	0.32
E28	1	2	4	2	3	1	3	3	4	2	2.5	1.16
E29	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3.2	0.62
E30	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0.22
E31	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2.3	0.23
E32	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.4	0.26
E33	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
E34	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1.4	0.48
E35	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
E36	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
Puntaje total	62	59	78	70	64	55	83	62	74	65	67.2	78.4
Σ de varianza												16.71
Alfa de Cronbach												0.87

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) – DIMENSIÓN ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO**

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1.2	0.4
P2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	0.44
P27	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3.1	0.32
P29	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3.2	0.62
Puntaje total	9	9	10	11	9	8	9	10	9	11	9.5	0.94
Σ de varianza												1.79
Alfa de Cronbach												0.98

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) – DIMENSIÓN PREPARACIÓN PARA EL
PARTO**

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P11	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1.5	0.5
P20	3	1	3	1	1	2	3	1	2	3	2	0.89
P22	3	1	2	3	1	2	3	2	1	2	2	0.67
P25	2	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1.6	0.49
Puntaje total	10	4	7	6	4	7	11	5	7	10	7.1	6.32
Σ de varianza												2.54
Alfa de Cronbach												0.66

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) – DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR EL
BIENESTAR PROPIO Y DEL BEBÉ**

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P6	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2.3	0.23
P7	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2.8	0.4
P14	2	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2.5	0.5
P18	2	2	3	3	4	2	3	2	2	2	2.5	0.5
P21	3	2	2	2	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
P26	2	2	2	3	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
P31	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2.3	0.23
Puntaje total	16	14	16	20	21	15	20	14	22	16	17.4	9.16
Σ de varianza												2.87
Alfa de Cronbach												0.87

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) - DIMENSIÓN ROL MATERNO**

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P33	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
P34	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1.4	0.49
P35	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
P36	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
Puntaje total	5	4	4	4	4	4	8	6	4	4	4.7	1.79
Σ de varianza												0.79
Alfa de Cronbach												0.61

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) – DIMENSIÓN RELACIÓN CON LA MADRE**

Coefficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P5	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1.4	0.49
P8	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1.4	0.71
P9	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1.4	0.49
P12	2	3	3	2	3	2	3	2	1	1	2.2	0.62
P15	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1.4	0.49
P19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2.1	0.1
P24	1	3	4	3	3	1	3	2	1	1	2.2	1.29
P28	1	2	4	2	3	1	3	3	4	2	2.5	1.17
P30	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1.4	0.22
Puntaje total	14	17	27	17	17	12	19	16	14	13	16.6	18.04
Σ de varianza												5.58
Alfa de Cronbach												0.76

**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptado) – DIMENSIÓN RELACIÓN CON LA PAREJA**

Coefficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1.2	0.18
P4	1	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1.6	0.71
P10	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1.5	0.5
P13	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1.5	0.28
P16	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1.7	0.46
P17	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1.4	0.27
P23	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1.6	0.49
P32	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.4	0.27
Puntaje total	8	11	14	12	9	9	16	11	18	11	11.9	10.32
Σ de varianza												3.14
Alfa de Cronbach												0.76